

## L'esperienza vissuta nella salute mentale

**Charlene Sunkel**

*AD: Global Mental Health Peer Network, Sudafrica, sito web: [www.gmhpn.org](http://www.gmhpn.org)*

Le persone che hanno sperimentato la malattia mentale nel corso della propria vita possono innegabilmente giocare un ruolo nella realizzazione dei diritti di tutte le persone affette da malattia mentale o disabilità psicosociale, attraverso il coinvolgimento attivo nell'*advocacy* [in italiano traducibile come 'sostegno' N. d. T.] e nella *self-advocacy* [in italiano traducibile come 'auto-rappresentanza' N. d. T.] dei diritti stessi. Essenzialmente, le persone che abbiano sperimentato tale condizione possono svolgere una particolare funzione nel garantire conformità a livello nazionale e internazionale degli strumenti riguardanti i diritti umani, riducendo la coercizione, il coinvolgimento nella ricerca, riducendo lo stigma e la discriminazione correlata, fornendo supporto tra pari, fungendo da consulenti e partecipando allo sviluppo, alla progettazione, alla revisione, all'attuazione, al controllo e alla valutazione dei servizi di assistenza psichiatrica.

Un'esperienza vissuta va oltre il sapere e le competenze. Per questo, le persone che hanno vissuto un'esperienza di malattia mentale conoscono profondamente l'impatto sociale e umano di una vita con la malattia. Sanno quali difficoltà comporti l'essere ostracizzati, emarginati, isolati e discriminati, mentre lottano per farsi strada nel sistema della salute mentale, alla ricerca di servizi o programmi di supporto che siano a vantaggio della persona come individuo e che possano essere un punto di partenza verso la guarigione e, in generale, verso la meta del benessere. Il sistema della salute mentale non è l'unico nella società a porre ostacoli a chi nella sua esistenza ha conosciuto la malattia mentale. Per queste persone anche accedere alle altre opportunità che la vita offre, come l'istruzione, il lavoro, la conquista di un alloggio è difficile in egual misura. La prospettiva unica e profonda di chi ha vissuto la malattia può essere il catalizzatore per un cambiamento e una trasformazione di tutti i sistemi sociali perché si liberino dallo stigma e dalla discriminazione e promuovano l'inclusione e la vita nella comunità, perché migliorino la qualità della vita, il rispetto e la protezione dei diritti umani, perché facilitino l'*empowerment* [in italiano traducibile come 'autoaffermazione' N.d.T.] di chi convive con la malattia, e, in sostanza, migliorino il sistema della salute mentale e i suoi risultati.

Su scala globale è emerso che uno degli obiettivi basilari da porsi per fornire trattamenti di salute mentale di qualità è colmare la mancanza di risorse umane qualificate, specialmente se si tratta di trattamenti e servizi di salute mentale a livello locale. L'Atlante 2017 della salute mentale pubblicato dall'Organizzazione mondiale della sanità rilevava che (riferendosi ai dati forniti dai paesi che hanno risposto all'indagine) la media mondiale di operatori che lavorano nel settore della salute mentale è di 9 su 100.000 persone, valore che scende a 1 su 100.000 in paesi a basso reddito. Ci sono 11,9 psichiatri su una popolazione di 100.000 individui in paesi ad alto reddito e meno dello 0,1 su 100.000 persone in paesi con un reddito basso, e 23,5 infermiere specializzate in malattie mentali sempre su un campione di 100.000 persone in paesi con reddito elevato e 0,3 sullo stesso totale in stati con reddito basso.<sup>1</sup>

Considerando questa carenza di risorse umane nell'erogazione dei servizi sanitari, è essenziale che i cosiddetti 'esperti per esperienza' forniscano supporto tra pari e che questo tipo di aiuto sia considerato una consuetudine fondamentale nella prestazione di trattamenti e servizi sanitari. Questo ruolo non dovrebbe essere confinato nelle strutture canoniche della salute mentale come

ospedali e cliniche, ma dovrebbe estendersi oltre, concretizzandosi in azioni di risposta alle situazioni di emergenza umanitaria, ed essere incluso negli attuali programmi di sostegno psico-sociale dei dipartimenti di salute mentale. Chi opera a livello mondiale sa che una forza lavoro non costituita da operatori del settore è più che idonea a fornire servizi di sostegno a livello locale attraverso la *task-sharing* [In italiano traducibile come 'condivisione dei compiti', N. d. T. ].<sup>2,3</sup> Sfortunatamente, in molti paesi a reddito medio o basso, il supporto tra pari fornito da chi ha fatto esperienza della malattia non è riconosciuto dalla più ampia forza lavoro di settore.<sup>4,5</sup> In questi paesi si ritiene, infatti, che chi abbia sperimentato la malattia mentale non sia in grado di aggiungere valore al sistema della salute mentale attraverso il supporto tra pari, la sua prospettiva unica e la comprensione della malattia, insieme alla capacità di relazionarsi con chi è in viaggio verso la guarigione. Durante la mia vita, nel mio paese, il Sudafrica, ho incontrato una certa resistenza nei confronti del concetto di aiuto tra pari come elemento potenzialmente cruciale nel processo di guarigione di una persona con un disturbo mentale. Inoltre, questo tipo di aiuto tra pari non viene riconosciuto come apporto essenziale a un approccio di redistribuzione dei compiti che si proponga di affrontare il problema della carenza di risorse umane nel campo della salute mentale.

D'altro canto, anche il concetto stesso di *recovery* (in italiano traducibile come 'ripresa di sé') non è compreso appieno dai medici, dall'intera comunità e perfino da alcune persone che hanno avuto esperienza della malattia mentale. Io stesso ho verificato questa situazione nel mio paese e, soprattutto, l'ho saputo da persone che sono state affette da una malattia mentale in altri paesi a basso e medio reddito. Che il concetto di *recovery* sia mal interpretato potrebbe benissimo essere dovuto allo stigma associato alla malattia e alla percezione che i disturbi mentali durino tutta la vita e siano cronici, al punto di far ritenere la persona che ne è colpita un'incompetente. Sebbene in molti casi i disturbi mentali siano permanenti e molti possano richiedere un'assistenza e delle terapie che continuative, il termine *recovery* è spesso semplificato e, dunque, compreso dai più come essere 'guariti'. La *recovery*, invece, nel contesto della salute mentale si riferisce essenzialmente a persone con malattie mentali che decidono da sole quale tipo di trattamento, di programma di supporto o di iniziativa hanno bisogno per raggiungere il loro potenziale massimo e l'indipendenza, nonostante la loro diagnosi. L'approccio della *recovery* è dare potere all'individuo, instillare in lui la speranza, e, nel contempo, rispettare e proteggere i suoi diritti umani fondamentali: riconoscere in lui le abilità e non le disabilità. Una risposta integrata e olistica ai servizi di assistenza psichiatrica che incorpora e considera il modello medico, quello sociale e quello umano e riconosce che i disturbi mentali non sono soltanto un problema medico, è un tipo di approccio che si basa sul modello della *recovery*.

I servizi forniti all'interno degli ospedali e negli spazi di condivisione delle cliniche possono essere più efficaci e contribuire alla *recovery*, migliorando la qualità della vita di chi usufruisce dei servizi, se le persone che hanno avuto esperienza della malattia mentale sono coinvolte attivamente e i loro contributi sono incorporati nella valutazione e nel miglioramento dell'erogazione dei servizi. Un piccolo ma importante esempio è l'ambiente costruito in cui i servizi vengono offerti, che secondo la mia esperienza è spesso sfavorevole alla *recovery* o non è dignitoso. I reparti ospedalieri e perfino le cliniche possono essere luoghi molto deprimenti quando sembrano prigioni e si trovano in edifici fatiscenti con mura spoglie e inferriate alle finestre. Secondo me, delle pareti con un po' di tinteggiatura, delle immagini rilassanti sui muri e delle piante possono fare una grande differenza a un costo minimo. Inoltre, è ampiamente riconosciuto e riportato storicamente che l'assistenza istituzionale nei manicomi ha sottoposto gli individui con disturbi mentali a gravi violazioni dei diritti umani dall'alba dei tempi: queste persone venivano isolate dalla società e veniva negata loro la dignità, mentre i loro punti di vista e le loro opinioni venivano messe a tacere all'interno di questi luoghi. Avere dei disordini mentali con dei sintomi acuti può essere inquietante e spaventoso, e può

annientare chi ne è colpito se la persona è allontanata dal suo ambiente familiare e portata in un ambiente sfavorevole o apparentemente insicuro e minaccioso. Tutto ciò ha un effetto sul processo di guarigione di una persona: la cura verrà, infatti, compromessa e probabilmente si avranno scarsi risultati sulla salute mentale del paziente. In sostanza, le persone con un vissuto di malattia mentale possono fornire molte indicazioni a chi eroga i servizi perché sia creato un ambiente favorevole alla loro guarigione. Loro sanno di cosa hanno bisogno e cosa li fa sentire a proprio agio, al sicuro e assistiti nell'ambiente in cui ricevono le cure. Infatti, il Ministro della Salute del Nuovo Galles del Sud in Australia ha evidenziato che i pazienti hanno dichiarato che "un reparto di degenza ben curato, ben concepito e confortevole può contribuire alla guarigione."<sup>6</sup> Anche altri studi sono arrivati alle stesse conclusioni. In base alla mia esperienza personale, posso dire che hanno cercato di sottopormi a ricovero coatto in un ospedale psichiatrico in più occasioni, e la ragione principale per cui ho rifiutato il trattamento era perché sapevo che l'ambiente stesso dell'ospedale mi avrebbe causato maggior sofferenza, cosa che poi è successa. Non mi sorprende che chi ha un disturbo mentale rifiuti il ricovero: il che sfocia in prassi che spesso negano alla persona il diritto a un consenso informato o la capacità giuridica. Migliorando l'ambiente costruito e gli atteggiamenti in cui i servizi di salute mentale sono offerti, la coercizione verrà senza dubbio ridotta e i diritti delle persone che hanno sperimentato la malattia saranno sostenuti.

Il Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite invita gli stati ad "abbandonare tutte le prassi che non rispettano i diritti, la volontà e le preferenze di tutte le persone, su base di uguaglianza" con gli altri e "di fornire servizi per le persone con disturbi mentali o disabilità psicosociali sulla stessa base con cui li fornisce a chi non ne ha, e sulla base di un consenso libero e informato".<sup>7</sup>

Siccome viviamo in un'epoca che riconosce a ognuno gli stessi diritti umani e in cui la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità<sup>8</sup> (compresa la disabilità psicosociale) ha orientato molte discussioni sulla coercizione in campo di salute mentale, il coinvolgimento di persone con esperienza diretta di disagio psichico nel processo di riduzione della coercizione è della massima importanza. La loro prospettiva potrebbe guidare la trasformazione dei servizi di salute mentale: e così, con un approccio alternativo, si potrebbe realizzare questo obiettivo e riuscire a ridurre, prevenire o eliminare completamente la coercizione. Il loro coinvolgimento nell'influenzare le linee politiche e la legislazione in materia di coercizione, dunque, sarebbe la conquista finale. Allo stesso tempo, la loro partecipazione attiva nella ricerca che esplora approcci alternativi ed efficaci alla coercizione è un altro ruolo che queste persone potrebbero svolgere in questo processo.

Il World Dignity Project è un'organizzazione di beneficenza registrata nel Regno Unito. La sua missione è "scendere in campo e battersi per la salute mentale e il benessere di tutti, con parità di trattamento e dignità nell'esperienza del paziente, come diritto umano fondamentale". Nel 2018 ha condotto un'indagine qualitativa<sup>9</sup> su persone che avevano convissuto con la malattia mentale per aggiungere un nuovo punto di vista alla comprensione del concetto di dignità nell'esperienza del paziente psichiatrico e per sviluppare conclusioni concrete per assicurare al malato dignità e parità di trattamento. Questo studio ha prodotto alcune importanti risposte, fornite dai pazienti stessi, su ciò che rende positiva o negativa l'esperienza di essere paziente. Le risposte ricorrenti quando si trattava di un'esperienza negativa includevano: "mi tratti come un numero o un problema, non come una persona"; "mi privi della mia autostima e della speranza"; "non mi consulti sulla mia terapia"; "la risposta che mi dai sono i farmaci"; "permetti ai tuoi pregiudizi di influenzare il modo in cui mi tratti"; "non mi ascolti"; "mi rinchiudi".

*“Spesso mi trattavano come un numero...ho incontrato gente impassibile e con un atteggiamento freddo. Quando ho provato a comunicare con loro... erano già convinti che io fossi “pazzo” e liquidavano qualsiasi cosa avessi da dir loro come il ‘farneticare di un pazzo’... Non mi sentivo sicuro in un posto che avrebbe dovuto aiutarmi a uscire dalla mia zona oscura.” Svezia*

*“Ero molto spaventato e mi sentivo inerme... mettevo in dubbio la mia stessa esistenza... Avrei preferito morire. Mi sentivo inutile, non avevo ragioni per vivere. Ero così triste e non mi sentivo apprezzato.” Uganda*

*“Ero fermamente convinto che consultando un medico, sarei venuto fuori da quello strano mondo in cui mi sentivo a disagio, ma con mia grande sorpresa, scoprii che lei non voleva ascoltarmi, non ero parte del processo di cura. Ogni volta che andavo dal dottore, mio marito parlava e lei mi prescriveva le medicine. Così quando ebbi problemi coniugali, non le chiesi aiuto ma interruppi la terapia, mi avviai verso una piena ricaduta, vagai verso lo stato seguente, fui presa in custodia dalla polizia e riportata a casa. Quando rifiutai le cure, fui picchiata dalla polizia in pieno giorno davanti ad altre persone, mi fecero l’elettroshock senza il mio consenso e mi sottoposero al ricovero coatto, il che lasciò in me una profonda cicatrice.” India*

Le risposte ricorrenti quando si trattava di un’esperienza positiva includevano: “mi dai un posto sicuro dove mi sento sostenuto, apprezzato e amato”; “quel che provo è reale: hai dato valore ai miei sentimenti”; “mi ascolti senza interrompermi”; “dai a me il comando, coinvolgendomi nelle decisioni”; “mi dai degli strumenti da usare”; “mi dai speranza per un futuro in cui lascerò tutto questo alle mie spalle”; “comunichi con me per tutto il tempo”.

*“Durante uno dei miei ricoveri in ospedale... ero sull’orlo del suicidio... le infermiere non stavano solo lì sedute con me, a impormi le loro opinioni: ma mi permettevano di provare dei sentimenti, sostenendomi come un essere umano che ha delle difficoltà, ma che è amato e apprezzato. Fu un punto di svolta per la mia guarigione.” USA*

*Avevo ancora la facoltà di prendere delle decisioni... potevo ancora vivere e non era tutto perduto. Mi sentivo capito e apprezzato come una persona normale... c’era ancora speranza. Questo mi diede la forza di seguire la cura... ero stato coinvolto nelle decisioni.” Uganda*

*“Il dottore con cui lavoravo... mi spiegò ogni test prima di farmelo fare... era molto amichevole e libera da pregiudizi. Ero a mio agio quando parlavo con lei... Dopo aver completato i test, mi mandò un dettagliato commento dei miei risultati, passò un’ora al telefono a commentarli con me ed era sempre disponibile via email.” USA*

Le risposte di questo studio, derivate da esperienze vissute, pongono l’enfasi sul fatto che è necessaria parità di trattamento nelle cure psichiatriche: parità di percezione (che la malattia mentale sia percepita allo stesso modo delle altre patologie fisiche), parità dei fondi (che sia dedicata la stessa attenzione e le stesse risorse alla salute mentale e a quella fisica), parità di accesso (che non ci sia discriminazione d’età, genere, razza, reddito, diagnosi o rispetto alla provenienza o alla demografia), e parità di diritti dei pazienti (che i diritti delle persone con disturbi mentali siano rispettati e che queste persone siano ascoltate, consultate e informate delle diverse possibilità terapeutiche, allo stesso modo dei pazienti che hanno una malattia di tipo fisico). Chi ha risposto a

questo studio ha evidenziato inoltre 4 aree chiave in cui vorrebbe vedere dei miglioramenti nella cura delle malattie mentali: l'empatia umana; la creazione di spazi sicuri; il rispetto della dignità e dei diritti; lo stimolo a far nascere nei pazienti un senso di controllo e di speranza.

Le persone che hanno vissuto la malattia ma che sono guarite sono in grado di utilizzare le loro stesse storie di guarigione per abbattere lo stigma associato ai disturbi mentali. La ricerca ha mostrato che la trasmissione del sapere basata sul contatto diretto, come ad esempio condividere le proprie vicende di guarigione, aveva avuto un grosso impatto sulla comprensione e la sensibilizzazione del pubblico nei confronti delle persone che avevano vissuto questa esperienza. Uno studio condotto da Thornicroft e altri operatori, intitolato "Ridurre lo stigma e la discriminazione: interventi possibili", asseriva che i risultati più soddisfacenti di riduzione dello stigma e della discriminazione si erano avuti attraverso il contatto a livello personale con persone che avevano sofferto di una malattia mentale.<sup>10</sup> Entrare in contatto e interagire con qualcuno che ha superato le avversità di vivere con una malattia mentale, fornisce una prova vivente agli altri che sperimentano le difficoltà di un disturbo mentale sul fatto che la speranza esiste.

Le storie di guarigione presentate in uno spazio pubblico sono in grado di fare emergere la prospettiva umana di persone che hanno sperimentato la malattia mentale. Quando ho condiviso con gli altri la mia storia di guarigione, di solito ricevevo questo commento, "non sembra che tu abbia la schizofrenia" o "non sembri uno schizofrenico". Queste reazioni possono essere indicative del fatto che la gente si crea delle immagini false delle persone che hanno dei gravi disordini mentali, come ad esempio la schizofrenia. La gente crede che queste persone siano violente e aggressive, che parlino da sole e che il loro aspetto sia simile a quello dei senzatetto. Sono stati fatti molti sforzi negli anni passati, persino nei decenni scorsi, per correggere queste false percezioni, ma sfortunatamente lo stigma associato alla salute mentale e ai disturbi psichici permane. Perciò, bisogna impegnarsi ancor di più per includere le esperienze vissute di malattia mentale nelle campagne anti stigma.

Il rapporto "La salute mentale globale dal punto di vista politico: analisi del contesto"<sup>11</sup> rileva che la documentazione riguardante le "statistiche sulla salute mentale e le soluzioni pratiche è insufficiente, il che ostacola le capacità di persuadere i politici ad agire". Osserva inoltre che la mancanza di dati sulla portata e la gravità della situazione nel campo della salute mentale, sulle buone pratiche, sulle attività terapeutiche modulabili e sui piani di azione si riscontra "soprattutto nel contesto della salute mentale in paesi a medio e basso reddito, ed entrambe le cose possono essere collegate alla mancanza di fondi". Considerando questa lacuna nella ricerca, le persone che hanno vissuto un'esperienza di malattia mentale possono giocare un ruolo importante. Lavorando a fianco degli studiosi in progetti di ricerca, con la loro esperienza personale e la loro prospettiva unica, sono in grado di comprendere le esperienze di chi sta attraversando la stessa situazione: ciò favorisce il coinvolgimento e l'impegno degli utenti. Le persone con un vissuto di questo tipo possono essere inoltre coinvolte nella raccolta dei dati, nello sviluppo di questionari, obiettivi e tabelle di dati. Tali persone possono far in modo che i risultati siano diffusi più capillarmente e con maggior efficienza tra i pari interessati e attraverso, per esempio, organizzazioni o reti di persone che abbiano vissuto la malattia mentale, come ad esempio la Global Mental Health Peer Network ([www.gmhpn.org](http://www.gmhpn.org)), perché siano usate come strumenti di *advocacy*.

L'Atlante 2017 sulla salute mentale dell'OMS<sup>12</sup> indicava una media globale del 52% dei paesi che hanno risposto all'indagine, in cui vengono attuate collaborazioni formali con gli utenti, la famiglia, i

gruppi di sostegno di persone che si prendono cura di una persona con disturbo mentale. Con questo in mente, dà l'opportunità ai governi di riconoscere i vantaggi della creazione di collaborazioni con organizzazioni e reti di persone con un vissuto di malattia mentale per far fronte ai loro impegni internazionali sulla salute, la salute mentale, la disabilità, i diritti umani e lo sviluppo sostenibile.

A livello internazionale l'*empowerment* e la partecipazione di persone con esperienze di malattia mentale sono considerate fondamentali per l'avanzamento del programma politico sui diritti umani.<sup>13</sup> La Commissione Lancet sulla salute mentale globale e lo sviluppo sostenibile<sup>14</sup> che è stata lanciata nell'ottobre 2018 a Londra, al summit globale dei ministri della salute mentale, pone l'enfasi sul ruolo e la partecipazione di persone con un vissuto di disturbo mentale nel portare avanti il programma mondiale sui diritti umani.

In risposta al crescente riconoscimento e ai dati sul ruolo essenziale delle persone che hanno sperimentato la malattia mentale di cui è stato discusso qui sopra, ho fondato la Global Mental Health Peer Network (GMHPN). Quest'ultima è stata formalmente istituita nel 2018 ed è un'organizzazione mondiale di utenti di salute mentale che funziona come un ente a sé e che si batte per garantire che le "voci" di persone con esperienze di malattia mentale, in qualsiasi parte del mondo, possano accedere alla piattaforma per condividere le loro idee, punti di vista, opinioni ed esperienze. Inoltre, essa pone l'accento sull'importanza di proteggere e rispettare i diritti delle persone con esperienze di malattia mentale promuovendo i trattati internazionali e gli strumenti dei diritti umani sia a livello locale sia a quello internazionale. La GMHPN si concentra esattamente su questo: la promozione dei diritti umani, con un'enfasi sull'*empowerment*, la *recovery* e il supporto tra pari, in cui l'esperienza della malattia mentale è la forza trainante che sta dietro a 'NO allo stigma', 'QUALITÀ della vita', 'PARITÀ' e 'GIUSTIZIA'. La GMHPN cerca di promuovere e accrescere la collaborazione con i gruppi di sostegno di utenti di salute mentale all'interno dei diversi paesi, in cui l'esperienza vissuta potrebbe costituire il centro di processi consultivi, specialmente in termini di revisione e sviluppo delle misure politiche e legislative.

È importante creare delle comunità in cui le persone con esperienze vissute di malattia mentale siano apprezzate come cittadini del mondo uguali agli altri, liberi dallo stigma, dalla discriminazione dalla disegualianza e dall'ingiustizia, comunità in cui queste persone siano in grado di partecipare significativamente alla vita e allo sviluppo futuro delle nazioni di tutto il mondo. Inutile dire che le collaborazioni con persone che abbiano avuto un'esperienza di malattia mentale e con i gruppi che le rappresentano, sono un'importante componente per raggiungere gli obiettivi dello sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite. La Commissione Lancet sulla salute mentale globale ha fatto presente che gli obiettivi di sviluppo sostenibile non si possono raggiungere senza prestare attenzione alla salute mentale.

## Riferimenti bibliografici

1. World Health Organisation, *2017 Mental Health Atlas*, WHO, Geneva, 2018.
2. Patel, V., Chisholm, D., Dua, T., Laxminarayan, R., Medina-Mora, M.E. *Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities*, Third edition, World Bank, Washington DC, 2015 .
3. Patel, V., Belkin, G.S., Chockalingam, A., Cooper, J., Saxena, S., Unützer, J., «Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms» in *PLoS Medicine* , 2013, 10(5) (<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001448>).
4. Davidson, L., «Peer support: Coming of age of and/or miles to go before we sleep? An introduction» in *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2015, 42, pp. 96–99.

- <http://dx.doi.org/10.1007/s11414-013-9379-2>.
5. Silver, J., & Nemeč, P. B., «The role of the peer specialists: Unanswered questions» in *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2016, 39, pp. 289–291, (<http://dx.doi.org/10.1037/prj0000216>).
  6. Ministero della salute del Nuovo Galles del Sud, «Preventing Seclusion and Restraint: Mental Health Safety and Quality in NSW Built and Therapeutic Environments», 2016. (<https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/reviews/seclusionprevention/Factsheets/built-therapeutic-environment.pdf>).
  7. United Nations Human Rights Council, «Resolution on Mental Health and Human Rights», UN Doc A/HRC/36/L.25 (2017) 4.
  8. United Nations, «Convention of the Rights of Persons with Disabilities: United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations, 2006.
  9. Brooks, C., Ricerca pro bono condotta per il World Dignity Project e presentata al congresso Universal Health Mental Health, Dicembre 2018.
  10. Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A., & Lewis-Holmes, E., «Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. International Journal of Mental Health Systems», 2008, 2, Article ID 3. <http://dx.doi.org/10.1186/1752-4458-2-3>
  11. Mackenzie, J., «Global Mental Health from a Policy Perspective: A Context Analysis Characterising Mental Health and Recommending Engagement Strategies for the Mental Health Innovation Network», (<https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9285.pdf>).
  12. World Health Organisation, *2017 Mental Health Atlas*, WHO, Geneva, 2018.
  13. World Health Organization, «User empowerment in mental health: A statement by the WHO regional office for Europe», WHO, Copenhagen, 2010.
  14. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G et al., «The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development», *The Lancet*, 2018, 392. 10.1016/S0140-6736(18)31612-X.